



**К.В. Слесарева, Н.В. Ермолова, В.А. Линде, Л.Р. Томай, Л.В. Колесникова,
Н.Н. Скачков, И.В. Маркарьян**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

*Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии,
акушерско-гинекологический отдел
Россия, 344012, г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 43*

Цель: изучить особенности клинического профиля пациенток репродуктивного возраста, страдающих наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

Материалы и методы: проведен анализ клинических проявлений заболевания и лабораторных исследований у 96 пациенток, из них 74 пациентки с НГЭ и 22 женщины без эндометриоза.

Результаты: Представлены данные о характере менструального цикла, перенесенных оперативных вмешательств, воспалительных заболеваний органов малого таза и инфекций передаваемых половым путем, а также обсуждение течения настоящего заболевания.

Выводы: в клиническом профиле пациенток с НГЭ значение имеет отягощенный гинекологический анамнез в виде перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза и оперативных вмешательств.

Ключевые слова: эндометриоз, анамнез, клинический профиль.

**K.V. Slesareva, N.V. Ermolova, V.A. Linde, L.R. Tomay, L.V. Kolesnikova,
N.N. Skachkov, I.V. Markaryan**

PECULIARITIES OF CLINICAL PROFILE OF PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

*Rostov Scientific and Research Institute of Obstetrics and Pediatrics,
Department of Obstetrics and Gynecology
43, Mechnikova Str., Rostov-on-Don, 344012, Russia.*

Purpose: To study peculiarities of the clinical profile of patients of reproductive age suffering from external genital endometriosis (EGE).

Materials and methods: Analysis of clinical presentations of the disease and laboratory examination in 96 patients was performed, among them 74 patients had EGE and 22 patients did not have endometriosis.

Results: The data about the type of menstrual cycle, surgical interventions, inflammatory diseases of pelvic organs and venereal infections were presented and the course of this disease was discussed.

Summary: Burdened gynecological history in the form of past inflammatory diseases of pelvic organs and surgical interventions is of importance in the clinical profile of the patients with EGE.

Keywords: endometriosis, medical history, clinical profile.

Введение

Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) - заболевание, характеризующееся распространением ткани эндометрия вне функционального слоя матки [1]. Это заболевание приводит к функциональным и структурным изменениям в репродуктивной системе, нередко оказывая отрицательное

влияние на психоэмоциональное состояние женщины, значительно ухудшая качество жизни. По данным разных авторов, эндометриоз регистрируют у 5-70% женщин репродуктивного возраста 25-40 лет [2,3]. Частыми симптомами наружного генитального эндометриоза являются: хронические тазовые боли, дисменорея и диспареуния [4]. Для постановки диагноза эндометриоза визуальный осмотр малого таза и брюшной полости при помощи ла-



параскопии является «золотым стандартом» в клинической практике [5,6].

По классификации различают наружный и внутренний генитальный эндометриоз. К НГЭ относятся: перитонеальный, при котором поражаются яичники, маточные связки и трубы, брюшина малого таза, и экстраперитонеальный, сопровождающийся поражением влагалища, шейки матки и наружных половых органов. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) характеризуется поражением матки, и длительное время существовало устойчивое мнение, что он является отдельным заболеванием с другим патогенетическим развитием и клинической картиной, так как развивается в результате пенетрации железистого и стромального компонентов базального слоя эндометрия в подлежащий миометрий.

Цель исследования – изучить особенности клинического профиля пациенток репродуктивного возраста, страдающих НГЭ.

Материалы и методы

Для изучения клинического профиля пациенток репродуктивного возраста, страдающих НГЭ, анализ клинических проявлений заболевания и лабораторных исследований проведен у 96 пациенток, из них 74 пациентки с НГЭ и 22 женщины без эндометриоза (контрольная группа), проходивших обследование и лечение в отделении гинекологии ФГБУ РНИИАП с 2010 по 2012 гг. Больные были разделены на 3 клинические группы: I группу составили 28 больных с I-II стадиями НГЭ по классификации r-AFS (1985; 1996), II группу – 46 пациенток с III-IV стадиями заболевания, III контрольную группу составили 22 пациентки без эндометриоза. По основным клиническим параметрам – возрасту, жалобам, особенностям репродуктивной системы, распространенности процесса – больные с НГЭ и контрольной группой не различались. Для изучения анамнеза были собраны жалобы, данные о перенесенных заболеваниях, существующей патологии на момент обследования, наличии наследственных заболеваний, аллергии, выполненных лечебно-диагностических манипуляциях, оперативных вмешательствах. Особое внимание уделялось сопутствующим соматическим заболеваниям и стадиям процессов в настоящее время.

Расчет необходимого числа наблюдений произведен исходя из данных «общей теории статистики» [7]. Объем выборки в представленной работе полностью соответствует диапазону получения доверительного интервала вероятности 0,95 и точности расчета статистических показателей 0,05.

Результаты и обсуждение

Возраст женщин всех групп находился в пределах от 18 до 42 лет. Средний возраст женщин I группы составил $29,3 \pm 0,1$ года, II группы – $29,9 \pm 0,3$ года, III группы – $27,5 \pm 0,2$ года.

Менструальную функцию оценивали по таким параметрам, как возраст наступления менархе, время установления регулярного цикла, продолжительность менструального цикла. Нами обнаружено, что в группах пациенток с НГЭ наступление менархе приходилось, в основном, на период с 11 до 14 лет (у 59 из 74 пациенток). Средний возраст начала менструации у женщин I

группы составил $12,9 \pm 0,11$ лет, II группы – $13,5 \pm 0,19$ лет, в III группе – $13 \pm 0,1$ лет. По нашим данным можно констатировать, что регулярность менструального цикла отмечалась у подавляющего числа пациенток и в среднем составила 28-30 дней. Результаты оценки продолжительности менструального цикла свидетельствуют о том, что средняя продолжительность менструального цикла в I группе (НГЭ I-II стадиями) составила $28,3 \pm 1,3$ дня, во II группе (НГЭ III-IV стадиями) – $29,3 \pm 1,5$ дня, в III группе (контрольной) – $28,3 \pm 1,4$ дня. Дисменорея имела место у 49 (66,0%) больных с НГЭ с менархе, причем у 23 (82,0%) пациенток с НГЭ I-II стадиями и у 26 (57,0%) больных с НГЭ III-IV стадиями. В контрольной группе частота встречаемости дисменореи составила в 3 (13,6%) случаев, что достоверно ниже по сравнению с группами пациенток с НГЭ ($p < 0,05$).

Первичное бесплодие имело место у 33 (44,6%) больных с НГЭ, причем у пациенток с НГЭ I-II стадиями в 16 (57,1%) случаях, тогда как в группе с НГЭ III-IV стадиями в 17 (37,0%). Вторичное бесплодие было обнаружено у 20 (27,0%) пациенток с НГЭ, при этом в I группе больных – у 9 (32,1%), во II группе – у 11 (24,0%). У 3 (13,6%) женщин контрольной группы проводилась стерилизация, первичное бесплодие выявлено у 16 (72,7%) пациенток. Таким образом, у больных с НГЭ преобладает первичное бесплодие. По нашим данным у 8 (28,6%) пациенток I группы имела место одна беременность, тогда как более одной беременности было только у 1 (3,6%) больной, при этом у 10 (21,7%) женщин II группы была одна беременность, а более одной – у 11 (24,0%). В III группе имело место только более одной беременности – у 3 (13,6%) Роды в срок через естественные родовые пути в анамнезе отмечены у 1 (3,6%) пациентки I группы, во II группе – у 13 (28,4%) пациенток, а в III группе у 2 (9,0%). Число медицинских аборт у пациенток I группы отсутствовали, тогда как у пациенток II группы выявлено у 8 (17,4%) случаев, а в III группе – у 2 (9,0%) пациенток.

Число развивающихся беременностей было одинаковым у пациенток I и II групп: 2 (7,16%) и 2 (4,3%) соответственно, тогда как в III группе они отсутствовали. А также частота самопроизвольных аборт была одинакова у пациенток с НГЭ: I группа составила 5 (17,6%) случаев, II группа – 5 (10,9%) женщин, тогда как в III группе, только у 3 (13,6%) пациенток, что достоверно ниже по сравнению с пациентками с НГЭ ($p < 0,05$).

По инфекционному статусу у пациенток с НГЭ I-II стадиями (I группа) инфекции, передаваемые половым путем, (ИППП) имели место у 18 (64,2%), хронические воспалительные процессы – у 23 (82,1%) больных, тогда как во II группе пациенток с НГЭ III-IV стадиями ИППП были обнаружены у 8 (32,6%), а воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – у 36 (78,3%) женщин, что достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). При этом гипофункция яичников развилась у 4 (14,3%) пациенток I группы и у 1 (2,2%) II группы. У пациенток III группы (контрольной) ИППП имели место у 3 (13,6%) пациенток, ВЗОМТ – у 3 (13,6%) больных. При этом гипофункция яичников развилась у 15 (68,2%) женщин. Фоновые заболевания шейки матки были выявлены у 6 (21,4%) больных с НГЭ I-II стадиями, у 16 (34,8%) пациенток с НГЭ III-IV стадиями, тогда как дисплазия шейки матки обнаружена у 1 (3,6%) пациентки I группы и у 16 (24,0%) пациенток II группы.

В контрольной группе пациенток фоновая патология



шейки матки обнаружена у 2 (9,0%), а дисплазии шейки матки – 3 (13,6%) женщин. Таким образом, у больных с НГЭ имел место неблагоприятный фон в виде наличия в анамнезе перенесенных ИППП и ВЗОМТ.

В структуре перенесенных ВЗОМТ и ИППП обращает на себя внимание высокий удельный вес дисбиоза – 23 (82,1%) пациентки I группы и 36 (78,3%) пациенток II группы, тогда как в III группе обнаружено только у 3 (13,6%) пациенток, что достоверно ниже по сравнению с группами НГЭ ($p < 0,05$); уреаплазмоз и микоплазмоз у пациенток I группы обнаружен в 4 (14,3%), а у пациенток II группы в 3 (6,5%) и 4 (8,9%) случаев соответственно, что достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$), тогда как в III группе наблюдалось отсутствие данного заболевания; хламидиоз в I группе – 5 (17,8%), во II группе – 4 (8,9%) и в III группе у 1 (4,5%) пациентки; трихомониаз 5 (17,8%), 4 (8,9%) и 2 (9,1%) соответственно.

Наши данные свидетельствуют о том, что у 6 (13,0%) больных с III - IV стадиями НГЭ в анамнезе имела место лапаротомия, в 7 (15,2%) случаях – лапароскопия и в 6 (13,6%) была проведена резекция яичников, у пациенток с I-II стадиями 5 (17,9%), 1 (3,6%) и 1 (3,6%) соответственно, тогда как в контрольной группе лапаротомия выполнена у 1 (4,5%) пациентки, резекция яичников также, а лапароскопия не проводилась, что достоверно ниже по сравнению с группами НГЭ ($p < 0,05$). Перенесенные ранее операции на придатках и яичниках у пациенток с III-IV стадиями НГЭ (особенно резекции яичников) являются тем неблагоприятным фоном, на котором происходит формирование НГЭ.

По экстрагенитальной патологии у пациенток с НГЭ наиболее часто встречались заболевания мочевыделительной системы в 13 (17,5%) случаях, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 6 (8,1%), эндокринопатии – 7 (9,5%), хронический тонзиллит отмечен у 3 (4,0%) больных. Заболевания сердечно-сосудистой системы и варикозная болезнь наблюдалась только у пациенток с III-IV стадиями НГЭ, что достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Заболевания щитовидной железы были выявлены только у 3 (6,5%) пациенток II группы. ВДКН была обнаружена у 2 (7,1%) больных с I-II стадиями НГЭ. Гиперпролактинемия в стадии компенсации была выявлена у 3,6% (1) пациенток I группы и у 1 (2,2%) больной II группы. Синдром гиперандрогении в стадии компенсации и синдром поликистозных яичников (СПКЯ) имел место у 2 (7,1%) больных с I-II стадиями НГЭ.

На этапе клинического обследования особое внимание обращали на жалобы больных и данные анамнеза в сравниваемых группах. У пациенток, как правило, одновременно выявлялись 2-3 жалобы, у 51 (68,9%) больной с НГЭ имели место периодические боли перед или во время менструации, обильные, длительные менструации у 22 (29,7%), диспареуния – у 6 (8,1%).

При выполнении хирургического лечения (лапаро-, гистероскопии) нами обнаружено, что объем перитонеальной жидкости у пациенток с НГЭ составил $46,3 \pm 0,5$ мл, у пациенток контрольной группы – $18 \pm 0,6$ мл, что достоверно ниже ($p < 0,05$).

Наиболее высокой (62,2%) в нашем исследовании оказалась частота эндометриoidных кист, что свидетельствует о несвоевременной диагностике эндометриоза яичников. Поверхностные очаги эндометриоза на

яичниках были обнаружены в 10,8% случаев. При гистологическом исследовании у 10 (13,5%) пациенток с двусторонними эндометриозами были обнаружены желтые тела.

Обращает на себя внимание факт наличия большого количества подкапсулярных желтых тел у 23 (31,8%) пациенток с эндометриoidными кистами яичников (ЭКЯ), обнаруженными нами при лапароскопии. На брюшине малого таза эндометриоз был обнаружен в 20,4% случаев на крестцово-маточных связках, в 46,7% случаев в прямокишечно-маточном углублении, тогда как пузырно-маточное пространство имело очаги только в 11,5% случаев. Широкая связка матки была поражена очагами эндометриоза в 35,5% случаев.

Миома матки выявлена у 3 (10,7%) пациенток с НГЭ I-II стадиями и у 7 (15,2%) женщин с НГЭ III-IV стадиями. В контрольной группе обнаружена миома матки у 2 (9,0%) пациенток, что достоверно ниже ($p < 0,05$). Аденомиоз был выявлен только у 7 (15,2%) пациенток с НГЭ III-IV стадиями. Гиперпластический процесс эндометрия выявлен у 13 (46,2%) пациенток I группы и у 25 (54,3%) больных II группы, тогда как в контрольной группе эта патология была обнаружена у 8 (36,4%) женщин, что достоверно ниже по сравнению с пациентками с НГЭ ($p < 0,05$).

Наличие спаечного процесса разной степени нами было обнаружено у 41 (55,4%) пациентки с НГЭ, тогда как в контрольной группе спаечный процесс отсутствовал, что достоверно ниже ($p < 0,05$). По мере прогрессирования стадии заболевания – увеличивается степень спаечного процесса. Имеет место типичный характер спайкообразования: между яичниками и брюшиной яичниковой ямки, между брюшиной прямокишечно-маточного углубления и яичником. Обращает на себя внимание наличие выраженного спаечного процесса III и IV степени, обнаруженного нами у пациенток с III-IV стадиями НГЭ (III степень – 15,2%, IV – 28,3%), а также наблюдалась облитерация позади-маточного пространства в 17,6% случаев.

С целью верификации диагноза выполнено 18 (24,3%) биопсий яичников, 44 (59,5%) – брюшины малого таза, у 70 (94,6%) больных проведена коагуляция очагов эндометриоза, у 48 (64,9%) пациенток – удаление кист яичников (размеры кист составили от 3 до 10 см в диаметре).

Выводы

Проведенный анализ клинического профиля пациенток, страдающих НГЭ, выявил отсутствие популяционно-специфических особенностей. Обращает на себя внимание превалирование неблагоприятных исходов беременности у пациенток с НГЭ при любой стадии данного заболевания, также выявленная у большинства обследованных женщин в анамнезе высокая частота перенесенных ВЗОМТ и ИППП. Наиболее распространенными жалобами, по нашим данным, является тазовая боль. По результатам лапароскопии следует отметить высокий процент эндометриoidных кист яичников. Следует отметить, что знание особенностей клинических проявлений заболевания может помочь врачу разобраться в конкретной клинической ситуации и сократить временной промежуток между первым обращением, постановкой диагноза и последующим назначением адекватной терапии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза /Адамян Л.В., Сонова М.М., Тихонова Е.С., Антонова С.О. // Проблемы репродукции, -2011. – N 6. – С. 78-81.
2. Линде В.А., Татарова Н.А. Эндометриозы. Патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение. – М., 2010. – 192 с.
3. Марченко Л.А., Ильина Л.М. Современный взгляд на отдельные аспекты патогенеза эндометриоза // Пробл. репрод. – 2011. – N 1. –С. 61-66.
4. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: руководство для врачей.– М.:Медицина, 2006. – 416 с.
5. Kennedy S., Bergqvist A., Charpon C. et al. ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. // Hum. Reprod. – 2005.– Vol. 20. – P. 2698-2704.
6. Fuldeore M. Surgical procedures and their cost estimates among women with newly diagnosed endometriosis: a US database study / Fuldeore M., Chwalisz K., Marx S., Wu N., Boulanger L., Ma L., Lamothe K. // J Med Econ. – 2011. - Vol. 14.- P. 115-123.
7. Боярский А.Я. Общая теория статистики / Боярский А.Я., Громыко А.Г. - М.: Московский университет, 1985. - 376 с.

ПОСТУПИЛА 26.07.2013

УДК 616-097. 618.4: 618.1

Ж.А. Эльжорукаева

РОЛЬ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии
Россия, 344012 г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова 43. e-mail: elzhorukaeva@mail.ru*

Цель: Изучить динамику продукции и рецепции ангиогенных факторов роста (эпидермального фактора роста (ЭФР), трансформирующего фактора роста-β (ТФР-β) и растворимого рецептора трансформирующего фактора роста-β (Smad-4), доказать роль мужского фактора в невынашивании беременности.

Материалы и методы: В исследование включены 180 беременных (I триместр), разделенных на 3 клинические группы. Материалом для исследования служила сыворотка крови, взятая в сроке гестации 8-10 недель беременности.

Результаты: При невынашивании беременности повышается экспрессия ТФР-β и снижается выработка Smad-4. В 60% случаев ключевую роль в невынашивании беременности играет мужской фактор.

Заключение: Для снижения риска репродуктивных потерь всем пациенткам с привычным невынашиванием беременности необходимо рекомендовать обследование супружеской пары с целью предгравидарной подготовки.

Ключевые слова: невынашивание беременности, ангиогенез, сперматогенез.

Zh.A. Elzhorukaeva

THE ROLE OF ANGIOGENIC GROWTH FACTORS IN MISCARRIAGES

*Rostov Scientific and Research Institute of Obstetrics and Pediatrics
43, Mechnikova Str., Rostov-on-Don, 344012, Russia e-mail: elzhorukaeva@mail.ru*

Purpose: To study the dynamics of production and reception of angiogenic growth factors (epidermal growth factor (EGF), transforming growth factor-β (Smad-4)), to prove the role of a male factor in miscarriage.

Materials and methods: 180 pregnant women (trimester I) divided into 3 clinical groups were included in the research. The material for the research was the blood serum taken in the gestation term of 8-10 weeks of pregnancy.

Results: In case of miscarriage, the expression of the transforming growth factor-β (Smad-4) decreased. In 60% of cases the key role in miscarriage played male factor.

Summary: In order to reduce the risk of reproductive losses, it is necessary to recommend couple examination to all patients with recurrent miscarriage for pregravid preparation.

Keywords: miscarriage, angiogenesis, spermatogenesis.